

Выписка из амбулаторной карты (действительно 3 месяца)

*(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)*

1. ФИО ребенка \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Домашний адрес \_\_\_\_\_
4. Инвалидность: справка МСЭ № \_\_\_\_\_, на срок до: \_\_\_\_\_
5. Статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья: присвоен / не присвоен.
6. Дата рождения родителей, их социальный статус \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Наследственность (наличие среди родственников наследственных болезней и синдромов, умственно отсталых, больных душевными заболеваниями, эпилепсией, эндокринными заболеваниями, алкоголизмом и др.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Беременность и роды (наблюдение в женской консультации; отмечать вредности, действующие во время внутриутробного развития, патологию в родах: затяжные роды, стимуляция; низкая масса тела новорожденного, внутриутробное инфицирование, незрелость плода, родовые травмы, нарушение дыхания и др.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. В период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, активность сосания, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Анамнез первых лет жизни (включать сведения о болезнях, травмах, темпах психомоторного развития, о посещении детских учреждений и адаптации в них, поведение, частоту и тяжесть соматических и инфекционных заболеваний) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Школьный период жизни (перенесенные заболевания) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

12. Оценка физического состояния на данный момент \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Сурдолог (по необходимости) \_\_\_\_\_

---

---

14. Офтальмолог \_\_\_\_\_

---

---

---

15. Оториноларинголог \_\_\_\_\_

---

---

---

---

16. Хирург (по необходимости) \_\_\_\_\_

---

---

17. Отрапед-травматолог \_\_\_\_\_

---

---

18. Невролог \_\_\_\_\_

---

---

---

---

19. Диагноз, осложнения \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год

Врач-педиатр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Руководитель учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

М.П.